پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال بیستم، شماره ۵، پی‌درپی ۱۰۷، صفحات ۲۷۳ تا ۲۸۲
آذر و دی ۱۳۹۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۵/۲۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۰/۲۶

مشخصات روانسنجی پرسشنامه باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی

*اسماعیل سلطانی[۱]، دکتر سید عبدالمجید بحرینیان[*۲]، دکتر عباس مسجدی آرانی[۳]، دکتر علی فرهودیان[۴]، دکتر لطیف گچکار[۵]*

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، بخش روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. دانشیار روانشناسی بالینی، بخش روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. استادیار روانشناسی بالینی، بخش روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. استادیار روانپزشکی، مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۵. متخصص بیماری‌های عفونی و گرمسیری، استاد مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: هدف از پژوهش حاضر، تعیین مشخصات روانسنجی پرسشنامه افکار و احساسات اضطرابی در یک جمعیت دانشجویی بود.

مواد و روش‌ها: تعداد ۳۲۴ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب و با تکمیل پرسشنامه‌های باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی، آمیختگی شناختی، پذیرش و عمل، پذیرش و عمل اضطراب اجتماعی، اضطراب در تعامل اجتماعی، زندگی مبتنی بر ارزش و پرسش‌نامه کیفیت زندگی، در این پژوهش شرکت کردند. تحلیل عامل به روش مؤلفه‌های اصلی، تحلیل ثبات درونی و روایی همگرا و واگرا برای ارزیابی روایی پرسش‌نامه‌ی باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی انجام شد. برای محاسبه‌ی اعتبار نیز از آلفای کرونباخ و اعتبار بازآزمایی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل عاملی نشان‌دهنده‌ی سه عامل بود که نگرانی بدنی، تنظیم هیجان و ارزیابی منفی نام گرفت. این سه عامل، ۵۰/۷۲ درصد از واریانس را تبیین می‌کند. شواهدی از همسانی درونی از طریق ارتباط بین پرسشنامه‌ی باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی و خرده مقیاس‌های آن به‌دست آمد. شواهدی از روایی همگرا و واگرای پرسشنامه‌ی باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی از طریق همبستگی مثبت آن با پرسشنامه‌ی آمیختگی شناختی، مقیاس اجتناب تجربی و اضطراب در تعامل اجتماعی و همبستگی منفی معنادار آن با پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل اضطراب اجتماعی، زندگی مبتنی بر ارزش و کیفیت زندگی به‌دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی پرسشنامه‌ی باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی به ترتیب برابر با ۰/۸۲ و ۰/۸۱ بود.

نتیجه‌گیری: نسخه‌ی ایرانی پرسشنامه‌ی باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی، از مشخصات روانسنجی قابل قبولی برخوردار است. این پرسشنامه، یک مقیاس اندازه‌گیری روا و پایا است که می‌تواند در مداخلات درمانی و پژوهشی استفاده شود.

واژگان کلیدی: روایی، اعتبار، پرسشنامه‌ی باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:
Soltani E, Bahrainian SA, Masjedi Arani A, Farhoudian A, Gachkar L. Psychometric properties of the Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire (BAFT). Pejouhandeh 2015;20(5):273-282.

مقدمه

در طول چند سال اخیر، یک موج سومی از درمان‌های رفتاری درون سنت‌های رفتاری و شناختی ایجاد شده است. این رویکردها بر پذیرش، ذهن آگاهی، جداسازی شناختی، دیالکتیک، ارزش‌ها، معنویت و روابط تأکید دارند و از لحاظ فلسفی به جای این که مکانیکی باشند، بافت نگر هستند (۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲) یکی از این رویکردها است که هدف اصلی آن ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی عملی در بین گزینه‌های مختلف، به نحوی که این گزینه متناسب‌تر باشد، نه این‌که صرفاً کاری جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (۳). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تمایل به خریدن (to buy) معنای تحت‌الفظی یا قراردادی افکار، هیجانات و احساسات جسمانی

*نویسنده مسؤول مکاتبات: دکتر سید عبدالمجید بحرینیان؛ دانشیار روانشناسی بالینی، بخش روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران ؛ تلفن: ۰۹۱۲۳۴۴۷۶۱۷؛ پست الکترونیک: majid.bahrainian@gmail.com

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

را آمیختگی شناختی می‌نامند که نقش مهمی در سبب‌شناسی و ماندگاری اختلالات اضطرابی نیز بازی می کند (۵،۴). گسلش‌شناختی که نقطه‌ی مقابل آمیختگی‌شناختی است، به تضعیف فرایندهای زبانی که آمیختگی‌شناختی را افزایش می‌دهد، می‌پردازد (۶،۲). تمرین‌های گسلش‌شناختی، به افراد کمک می‌کند تا به فرایندهای زبانی‌شان توجه کنند، به گونه‌ای که درگیر آنها نشده و نظاره‌گر افکاری که می‌آیند و می‌روند باشند، به طوری که از منظر یک مشاهده‌گر بی‌طرف به آنها نگاه کنند (۷).

آمیختگی‌شناختی/ گسلش‌شناختی نقش مهمی در شکل‌های مختلف رنج انسان مانند افسردگی (۹،۸)، سایکوز (۱۰)، تحمل درد (۱۱) سوء مصرف مواد (۱۲)، اختلال استرس پس از سانحه (۱۳)، اختلال وسواسی جبری (۱۴) و اختلالات اضطرابی (۱۸-۱۵) دارد. در حیطه‌ی آمیختگی‌شناختی و گسلش‌شناختی پرسشنامه‌هایی مانند پرسشنامه‌ی افکار خودکار (Automatic Thoughts Questionnaire) (۱۹)، پرسشنامه‌ی آمیختگی و اجتناب جوانان (Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth) (۲۰)، پرسشنامه‌ی گسلش‌شناختی درکسل (Drexel Defusion Scale) (۲۱) و پرسشنامه‌ی آمیختگی‌شناختی (Cognitive Fusion Questionnaire) (۲۲) ساخته شده است که این ابزارها نواقصی دارند: به عنوان مثال، پرسشنامه‌ی افکار خودکار (ATQ)، فراوانی افکار افسردگی‌زای افسردگی یا محتوای شناختی مربوط به اختلال افسردگی را می‌سنجد و به طور وسیعی برای سنجش تأثیر شناخت‌درمانی به کار می‌رود. پرسشنامه‌ی آمیختگی و اجتناب جوانان (AFQ-Y)، فرایندهای چندگانه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ویژه اجتناب و آمیختگی را می‌سنجد و پرسشنامه‌ی گسلش‌شناختی درکسل (DDS) نیز نواقصی دارد. به عنوان مثال، یک دستورالعمل طولانی دارد که گسلش‌شناختی را توضیح می‌دهد و موقعیت‌ها فرضی یا تصوری هستند. پرسشنامه‌ی آمیختگی‌شناختی (CFQ) نیز یک مقیاس خودگزارشی است که با وجود این که تعریف جامع‌تری از آمیختگی شناختی را شامل می‌شود و کوتاه است، ولی آمیختگی شناختی را به طور کلی می‌سنجد.

هرزبرگ و همکاران (۲۰۱۲) پرسشنامه‌ای را با عنوان پرسشنامه‌ی باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی (Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire) ساختند که هدف آن ساخت یک پرسشنامه‌ی روا و پایا به‌ویژه برای اختلالات اضطرابی بود. این پرسشنامه دارای ۱۶ سؤال است و تمایل فرد به آمیختگی با افکار و احساسات اضطرابی را می‌سنجد و به جای سنجش وجود، شدت یا درجه‌ی نشانه، میزان اعتقاد هر فرد را در یک طیف لیکرتی از ۱ (اصلاً معتقد نیستم) تا ۷ (کاملاً معتقدم) می‌سنجد. هرزبرگ و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی، روایی و اعتبار این پرسش‌نامه را در افراد غیر بالینی و یک نمونه افراد دارای اضطراب بالا، مناسب گزارش کردند (۴). رویز، اودریوزولا و سوارز فالکون (۲۳) نیز در پژوهشی با عنوان نسخه‌ی اسپانیایی BAFT، به بررسی خصوصیات روانسنجی این پرسشنامه در سه نمونه‌ی ۵۹۸ نفری در بافت اختلالات اضطرابی پرداختند. با وجود اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال اضطرابی (۲۴)، فقدان ابزاری معتبر و روا در زمینه‌ی باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی در ایران و لزوم توجه به بررسی روایی و اعتبار ابزارها در فرهنگ‌ها و زبان‌های مختلف، ضرورت انجام این پژوهش را توجیه می‌کند تا در جمعیت بالینی و غیربالینی در دو حوزه اقدامات بالینی و پژوهشی به کار رود. بنابراین، هدف مطالعه‌ی حاضر، تعیین مشخصات روانسنجی پرسشنامه‌ی باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی قرار داده شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی بود و جامعه‌ی آماری آن شامل کلیه‌ی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود که در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۳ مشغول به تحصیل بوده‌اند. تعداد ۳۲۴ نفر از این دانشجویان به صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. ابتدا پنج دانشکده به صورت تصادفی انتخاب و سپس از بین هر دانشکده کلاس‌هایی به صورت تصادفی انتخاب شدند. پس از توضیح فرایند پژوهش و رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش شرکت کردند. اصول اخلاقی مانند کسب رضایت آگاهانه، محرمانه ماندن اطلاعات، اصل عدم آسیب‌رسانی و کسب اطلاع از نتایج پژوهش مد نظر قرار گرفت. همچنین از بین آزمودنی‌ها تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند تا در مرحله‌ی پایایی بازآزمایی که بعد از چهار هفته اجرا شد، شرکت کنند. کامری پیشنهاد کرده است که نمونه‌ی ۳۰۰ نفری خوب است و کاس و نیزلی نیز همان ۳۰۰ نفر را پیشنهاد کرده‌اند (۲۵). از دید کلین نیز حداقل نسبت شرکت‌کننده نسبت به متغیر باید دو به یک باشد و هر چه این نسبت بزرگتر باشد بهتر است (۲۶). در پژوهش حاضر سعی شد حداقل نسبت سه به یک انتخاب شود که نمونه برابر با ۳۲۴ نفر شد. ضمناً تعداد ۲۳ نفر به دلیل ناقص تکمیل کردن

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

پرسشنامه‌ها، از مطالعه کنار گذاشته شدند و در نتیجه ۲۳ نفر دیگر انتخاب شدند تا نمونه به ۳۲۴ نفر برسد.

ابتدا پرسشنامه‌ی باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی توسط یکی از پژوهشگران (نفر اول)، یک نفر دانشجوی کارشناسی ارشد زبان انگلیسی و یک نفر دانشجوی دکتری زبان انگلیسی به صورت مستقل از هم ترجمه شد. سپس نسخه واحدی از این سه ترجمه با همکاری یک نفر روانشناس به‌دست آمد و این نسخه واحد جهت ترجمه معکوس به یک نفر دانشجوی دکتری زبان انگلیسی داده شد. متن ترجمه شده با متن اصلی مقایسه شد و اشکالات آن مورد بررسی و با یکی از اساتید متخصص در زمینه‌ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مطرح و اصلاحات لازم انجام شد. سپس به منظور به‌دست آوردن روایی محتوایی از ۴ نفر از اساتید دانشگاه خواسته شد تا مقیاس را از نظر مناسبت، شفافیت و جامعیت مورد بررسی قرار داده و پیشنهادات خود را مطرح کنند. در مرحله‌ی بعد، مقیاس‌ها روی نمونه‌ی ۲۰ نفری از دانشجویان اجرا و از آنها خواسته شد تا سؤالات پرسشنامه‌ها را به دقت بخوانند و سؤالاتی را که مبهم است مشخص کرده و پیشنهادات خود را در مورد گزینه‌های مبهم بنویسند. نسخه‌ی نهایی به همراه یک نفر از اساتید آشنا به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مورد بررسی و تأیید قرار گرفت و جهت اجرا آماده شد. جهت روایی همگرا و واگرا از پرسش‌نامه‌های آمیختگی‌شناختی، پذیرش و عمل نسخه‌ی دو، پذیرش و عمل اضطراب اجتماعی، اضطراب در تعامل اجتماعی، زندگی مبتنی بر ارزش و کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت استفاده شد. برای روایی سازه با تحلیل عامل اکتشافی به روش مؤلفه‌های اصلی همراه با چرخش واریماکس استفاده شد. همچنین جهت اعتبار نیز از همسانی درونی و بازآزمایی استفاده شد.

نتایج با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷ و روش‌های همبستگی و تحلیل عامل اکتشافی، آنالیز شد. پیش‌فرض‌های تحلیل عامل مانند حجم نمونه‌ی مناسب و توان عاملی ماتریس همبستگی رعایت شد. همچنین توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف بررسی شد که نتایج معناداری برابر با ۰/۰۲ و با استفاده از آزمون شاپیرو- ویلک نتایج معناداری برابر با ۰/۴۰ را در پی داشت.

ابزارهای پژوهش شامل موارد زیر بود:

۱. پرسشنامه‌ی باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی (BAFT): این پرسشنامه توسط هرزبرگ و همکاران (۲۰۱۲) با هدف سنجش امتزاج شناختی در افراد دارای اختلالات اضطرابی ساخته شده است و شامل ۱۶ سؤال می‌باشد که تمایل فرد به همجوشی با افکار و احساسات اضطرابی را می‌سنجد و به جای سنجش وجود، شدت یا درجه‌ی نشانه، میزان اعتقاد هر فرد را در یک طیف لیکرتی از ۱ (اصلاً معتقد نیستم) تا ۷ (کاملاً معتقدم) می‌سنجد. هرزبرگ و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی، روایی و اعتبار این پرسشنامه را در افراد غیر بالینی و یک نمونه افراد دارای اضطراب بالا، مناسب گزارش کردند، به طوری که ساختار عاملی این پرسشنامه، سه عامل نشانه‌های بدنی، تنظیم هیجان، و ارزیابی منفی نشان داد. ثبات درونی این پرسشنامه برای افراد سالم و افراد اضطرابی به ترتیب برابر با ۰/۹۰ و ۰/۹۱ بود. به‌علاوه، این پرسشنامه و خرده مقیاس‌های آن، یک روایی ساختاری قوی با سایر مقیاس‌های فرایندی و پیامد در هر دو جمعیت سالم و اضطرابی نشان داد. همچنین اعتبار بازآزمایی آن در افراد اضطرابی، ۰/۷۷ بود (۴).

۲. پرسشنامه‌ی آمیختگی شناختی (CFQ). این پرسشنامه، توسط گیلندرز و همکاران (۲۰۱۴) ساخته شده است که دارای ۷ سؤال بوده و به شیوه‌ی لیکرتی از هیچ وقت درست نیست تا کاملاً درست است، نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر در این مقیاس، امتزاج یا آمیختگی‌شناختی بیشتر را منعکس می‌کند. گیلندرز و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی روی نمونه‌های مختلفی بالغ بر ۱۸۰۰ نفر، شواهد اولیه‌ی خوبی از ساختار عاملی، اعتبار، ثبات زمانی، روایی و روایی افتراقی و حساسیت به درمان نشان دادند. اعتبار بازآزمایی آن بعد از دوره‌ی زمانی ۴ هفته‌ای، برابر با ۰/۸۱ گزارش شده است (۲۲). اعتبار این پرسشنامه در ایران به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۸۶ و ۰/۸۶ و روایی آن با پرسشنامه‌ی باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی و پذیرش و عمل به ترتیب برابر با ۰/۴۷ و ۰/۶۶ به‌دست آمده است. همچنین، نتایج تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی، نشان‌دهنده‌ی یک مؤلفه بود که این مؤلفه ۵۴/۸۹ درصد از واریانس را توضیح می دهد (۲۷).

۳. پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل (AAQ-II). این پرسشنامه توسط بوند و همکاران (۲۰۰۷) ساخته شده و دارای ۱۰ سؤال است که پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌ناپذیری روانشناختی را می‌سنجد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. بوند و همکاران در پژوهشی روی ۲۸۱۶ نفر در شش نمونه نشان دادند که این ابزار دارای اعتبار، روایی و اعتبار سازه‌ی رضایت بخشی است. میانگین آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و اعتبار بازآزمایی

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

سه ماهه برابر با ۰/۸۱ و یک ساله برابر با ۰/۷۹ بود. همچنین این پرسشنامه، دامنه‌ای از پیامدها را از سلامت روانی تا میزان غیبت از کار، پیش‌بینی کرده و دارای روایی افتراقی مناسبی می‌باشد (۲۸). عباسی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی، کفایت روانسنجی این پرسشنامه را در ایران به‌دست آوردند. نتایج تحلیل عامل اکتشافی، دو عامل اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی را نشان داد. همسانی درونی و ضریب تنصیف پرسشنامه در چهار گروه، رضایت بخش بود (۰/۸۹-۰/۷۹). اجتناب تجربی از هیجان با نشانه‌های افسردگی و اضطراب، مشکل در تنظیم هیجان و شاخص‌های ناراحتی در پرسشنامه‌ی سلامت روان، رابطه‌ی معناداری نشان داد. روایی افتراقی عامل اجتناب از تجارب هیجانی و نه عامل کنترل روی زندگی در دو گروه بالینی و غیربالینی، تفاوت معناداری نشان داد (۲۹).

۴. پرسشنامه پذیرش و عمل اضطراب اجتماعی (SA-AAQ). این پرسشنامه توسط مککینزی و کوکوسکی (۲۰۱۳) برای سنجش نشانه‌های اضطراب اجتماعی یا میزانی که افراد از افکار و احساسات خود در مورد اضطراب اجتماعی خود بدون تلاش برای تغییر دادن آن آگاه هستند، ساخته شده است. آلفای کرونباخ توسط سازندگان مقیاس، ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین این پرسشنامه از روایی مناسبی برخوردار است (۳۰). اعتبار این پرسشنامه در ایران به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۸۴ و ۰/۸۴ و روایی آن با پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل و اضطراب در تعامل اجتماعی به ترتیب برابر با ۰/۵۸- و ۰/۴۹- به‌دست آمده است. همچنین نتایج تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی، نشان‌دهنده‌ی سه مؤلفه‌ی پذیرش، تجربه بدون قضاوت و عمل بود (۲۷).

۵. پرسشنامه‌ی اضطراب در تعامل اجتماعی (SIAS). این پرسشنامه توسط هیمبرگ و همکاران (۱۹۹۲) ساخته شده است که شامل ۲۰ گویه است و سؤالات در مورد واکنش فرد نسبت به موقعیت‌های مرتبط با تعامل اجتماعی گروهی و میان‌فردی است. نمرات بر اساس یک طیف لیکرتی از هرگز در مورد من صدق نمی‌کند (نمره‌ی صفر) تا کاملاً در مورد من صدق می‌کند (نمره‌ی چهار) نمره‌گذاری می‌شود و نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی سطوح بالاتر اضطراب در تعاملات اجتماعی است. روایی و اعتبار این پرسشنامه به ترتیب برابر با ۰/۸۴ و ۰/۹۱ ذکر شده است (۳۱). اعتبار این پرسشنامه در ایران به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۷۹ و ۰/۹۰ و روایی آن با فرم کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی و پرسشنامه‌ی ترس مرضی اجتماعی به ترتیب برابر با ۰/۵۴ و ۰/۶۸ به‌دست آمده است (۳۲).

۶. پرسشنامه‌ی زندگی مبتنی بر ارزش (VLQ). این پرسشنامه یک ابزار دو بخشی است که توسط ویلسون، ساندوز و کیچنز (۲۰۱۰) برای سنجش زندگی مبتنی بر ارزش طراحی شده است. در قسمت اول، شرکت‌کنندگان اهمیت ۱۰ حوزه‌ی زندگی را در یک مقیاس لیکرت‌گونه مرتب می‌کنند. این حوزه‌های زندگی موارد زیر را شامل می‌شود: خانواده، روابط صمیمی/عاشقانه/ زناشویی، فرزندپروری، دوستی‌ها، شغل، تحصیلات، تفریح یا سرگرمی، معنویت، شهروندی و خود مراقبتی فیزیکی. بخش دوم این پرسشنامه از افراد می‌خواهد تا میزانی را که به طور باثبات طی هفته گذشته بر اساس این ارزش‌ها در هر حوزه زندگی کرده‌اند، درجه‌بندی کنند. این بخش از پرسشنامه به عنوان یک مقیاس خودسنجی، تناسب بین فعالیت‌های واقعی مراجعان و الگوی رفتاری ارزشمند آنها را می‌سنجد (۳۳). ویلسون و همکاران (۲۰۱۰) آلفای کرونباخ پرسشنامه زندگی مبتنی بر ارزش را در دو مطالعه برای بخش اهمیت، به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۳، برای بخش ثبات به ترتیب ۰/۵۸ و ۰/۶۰ و برای بخش ترکیبی به ترتیب ۰/۶۵ و ۰/۷۴ گزارش کردند. اعتبار بازآزمایی برای قسمت اهمیت، ثبات و ترکیبی به ترتیب برابر با ۰/۹۰، ۰/۵۸ و ۰/۷۵ بود. همچنین، روایی سازه و روایی همزمان آن با حوزه‌های مشکل‌زای زندگی و نقاط قوت روانشناختی، مناسب گزارش شده است (۳۳). اعتبار این پرسشنامه در ایران به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۸۹ و ۰/۸۴ و روایی آن با پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی ۰/۲۹ به‌دست آمده است (۲۷).

۷. پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی (WHOQOL). این پرسشنامه، چهار حیطه‌ی سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال می‌سنجد (هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال است). دو سؤال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق نداشته و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند؛ بنابراین پرسشنامه در مجموع، ۲۶ سؤال دارد. مطالعات سازمان جهانی بهداشت حاکی از مطلوب بودن این پرسشنامه در بیش از ۴۰ کشور می‌باشد (۳۴). به‌علاوه، مشخصات روانسنجی نسخه‌ی ایرانی این پرسش‌نامه نشان‌داده است که این پرسشنامه می‌تواند در ایران نیز مورد استفاده قرار گیرد، به صورتی که شاخص همبستگی درون‌خوشه‌ای پرسشنامه در آزمون مجدد در فاصله‌ی ۲ هفته

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

در چهار دامنه از ۰/۷۵ تا ۰/۸۴ به دست آمده است. پایایی بازآزمایی این آزمون در ایران در حیطه‌ی سلامت فیزیکی ۰/۷۷، در حیطه‌ی روانی ۰/۷۷، در حیطه‌ی روابط اجتماعی ۰/۷۵ و در حیطه‌ی سلامت محیط برابر با ۰/۸۴ است. روایی تمایز این پرسشنامه با اختلاف امتیاز افراد سالم و بیمار در حیطه‌های مختلف نشان داده شده است به طوری که در حیطه‌ی سلامت جسمانی، حیطه‌های سلامت روانی و روابط اجتماعی، تفاوت معناداری بین گروه‌های بیمار با گروه سالم وجود داشت که دال بر قدرت تمایز ابزار در این حیطه‌ها بود (۳۵).

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۳۲۴ دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران مورد مطالعه قرار گرفتند. ۱۰۹ نفر (۳۳/۶درصد)، از آزمودنی‌ها از رشته‌های دانشکده پزشکی، ۸۰ نفر (۲۴/۷ درصد)، از دانشکده‌ی پرستاری، ۵۷ نفر (۱۷/۶ درصد)، از دانشکده‌ی تغذیه، ۵۶ نفر (۱۷/۳ درصد) از دانشکده‌ی بهداشت و ۲۲ نفر (۶/۸ درصد) از دانشکده‌ی داروسازی بودند. از لحاظ جنسیت، ۱۳۵ نفر (۴۱/۷ درصد) مرد و ۱۸۹ نفر (۵۸/۳ درصد) زن بودند و ۲۸۶ نفر (۸۸/۳ درصد) مجرد و ۳۸ نفر (۱۱/۷ درصد) متأهل بودند. میانگین سنی آزمودنی‌های پژوهش برابر با ۲۲/۰۱ بود (با دامنه‌ی سنی ۱۸ تا ۴۳ سال). میانگین و انحراف استاندارد نمره‌ی پرسشنامه‌ی باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی ۷۳/۸۷ (۱۴/۱۱)، آمیختگی شناختی برابر با ۲۶/۵۳ (۹/۲۸)، اجتناب تجربی ۳۳/۱۱ (۱۰/۸۴)، پذیرش و عمل اضطراب اجتماعی ۸۱/۷۹ (۱۶/۷۱)، اضطراب در تعامل اجتماعی ۲۴/۲۷ (۱۴/۰۵)، زندگی مبتنی بر ارزش ۱۴۸/۶۰ (۲/۶۷) و کیفیت زندگی ۸۶/۱۹ (۱۱/۸۷) بود.

جهت بررسی روایی BAFT از روش‌های مختلفی مانند روایی محتوایی، روایی سازه، روایی همگرا و وگرا استفاده شد. برای روایی محتوایی، پرسشنامه در اختیار چهار نفر از اساتید روانشناسی قرار گرفت که روایی آن مورد تأیید قرار گرفت. برای تعیین روایی سازه‌ی BAFT از تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی همراه با چرخش واریماکس استفاده شد. به این دلیل از چرخش واریماکس استفاده شد که این روش چرخش از متداول‌ترین روش‌ها است. در تحلیل داده‌های این مقیاس، مقدار ضریب KMO (شاخص کفایت نمونه‌گیری) و آزمون کرویت بارتلت (شاخص کفایت ماتریس همبستگی) نشان از وجود شواهد کافی برای انجام تحلیل عوامل داشت. مقدار ضریب KMO، ۰/۸۵ و مقدار خی آزمون بارتلت ۱/۴۰۷E۳ محاسبه شد که در سطح P<۰/۰۰۰۱ معنادار بود. برای تعیین تعداد عوامل، از ملاک کایزر یا ارزش ویژه استفاده شد که سه ارزش ویژه بالای وجود سه عامل را به عنوان مؤلفه‌های پرسشنامه‌ی باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی آشکار نمود که این عوامل ۵۰/۷۲ درصد از واریانس متغیر مورد نظر را تبیین می‌کنند. با توجه به نتایج تحلیل عوامل و آشکار شدن این سه مؤلفه، با مطالعه‌ی گویه‌هایی که بر هر یک از عوامل بارگذاری عاملی شدند و معانی مستتر در هر گویه و مشترکات این مفاهیم اقدام به گزینش نام برای هر مؤلفه گردید.

عامل اول نگرانی جسمی نام گرفت. گویه‌های ۵ تا ۱۲ این عامل را مورد سنجش قرار می‌دهد. این عامل، تمایل به امتزاج یا آمیختگی و گرفتار بودن در نگرانی‌هایی را شامل می‌شود که بیشتر ماهیت جسمانی یا بدنی دارند. سؤالات ۸ ، ۱۰ و ۱۲، روی عامل تنظیم هیجان نیز بار عاملی داشتند اما با توجه به بار عاملی بالاتر (سؤال شماره‌ی ۱۲ و ۸) و یا به خاطر این که در مقیاس اصلی روی عامل نگرانی جسمی در نظر گرفته شده بود (سؤال شماره ۱۰)، در نتیجه این سؤالات روی عامل نگرانی جسمی در نظر گرفته شدند. همچنین، سؤالات ۵ و ۶ بر عامل ارزیابی منفی نیز بار عاملی داشته و در مقیاس اصلی نیز به عنوان عامل ارزیابی منفی در نظر گرفته شده بودند، اما با توجه به بار عاملی بالاتر، این دو سؤال جزو عامل نگرانی جسمی در نظر گرفته شدند. ضمناً، سؤال ۷ در مقیاس اصلی، جزو عامل ارزیابی منفی در نظر گرفته شد، در حالی که در پژوهش حاضر این سؤال بر عامل نگرانی جسمی بار عاملی داشت.

عامل دوم، مؤلفه‌ی تنظیم هیجان نام گرفت که سؤالات ۱۳ تا ۱۶ را مورد سنجش قرار می‌دهد. این مؤلفه تمایل به آمیختگی و گرفتار شدن در دام تقلای افراطی و کنترل کردن هیجان‌ها را شامل می‌شود. سؤالات ۱، ۲، ۸، ۱۰ و ۱۲ نیز روی این عامل بارگذاری می‌شدند، اما با توجه به بار عاملی بالاتر، این سؤالات جزو دو عامل دیگر در نظر گرفته شدند.

عامل سوم، ارزیابی منفی یا تمایل به آمیختگی با ارزیابی منفی احساسات و افکار اضطرابی را می‌سنجد که شامل سؤالات ۱ تا ۴ می‌شود. ذکر این نکته حایز اهمیت است که سؤالات ۱ و ۲ بر عامل تنظیم هیجان نیز بار عاملی داشتند. همچنین، سؤالات شماره‌ی ۵ و ۶ بر عامل ارزیابی منفی نیز بار عاملی داشتند، اما با توجه به بار عاملی بالاتر روی عامل نگرانی جسمی، جزو این عامل در نظر گرفته شدند. نتایج

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

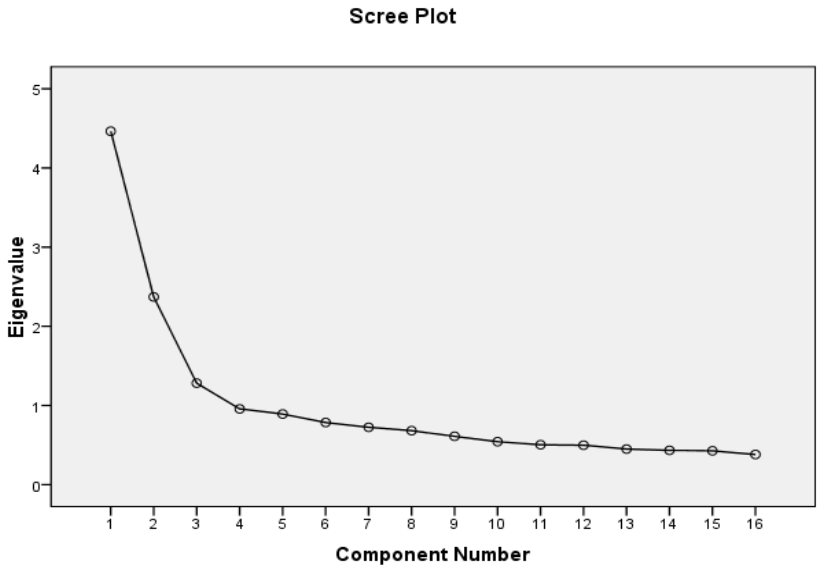
تحلیل عوامل نشان داد که عامل نگرانی بدنی ۱۹/۹۳ درصد، عامل تنظیم هیجان ۱۷/۴۹ درصد و عامل ارزیابی منفی ۱۳/۲۹ درصد واریانس کل را تبیین می‌کند. این سه عامل در مجموع، ۵۰/۷۲ درصد واریانس کل نمونه را تبیین کردند (جداول ۱ و ۲ و نمودار ۱).

جدول ۱. بارهای عاملی، نتایج اشتراک و آلفای کرونباخ بعد از حذف هر سؤال از پرسشنامه‌ی باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی.

سؤال	نگرانی جسمی	تنظیم هیجان	ارزیابی منفی	اشتراک	آلفا
۱		۰/۴۱	۰/۵۲	۰/۴۵	۰/۸۲
۲		۰/۴۶	۰/۵۹	۰/۵۷	۰/۸۲
۳			۰/۵۹	۰/۴۳	۰/۸۲
۴			۰/۶۹	۰/۵۲	۰/۸۲
۵	۰/۵۲		۰/۴۷	۰/۵۷	۰/۸۲
۶	۰/۶۱		۰/۴۸	۰/۶۰	۰/۸۱
۷	۰/۷۰			۰/۵۱	۰/۸۱
۸	۰/۴۵	۰/۳۵		۰/۳۶	۰/۸۱
۹	۰/۷۴			۰/۵۷	۰/۸۱
۱۰	۰/۴۰	۰/۴۰		۰/۳۴	۰/۸۱
۱۱	۰/۷۱			۰/۵۱	۰/۸۲
۱۲	۰/۶۴	۰/۴۲		۰/۵۹	۰/۸۱
۱۳		۰/۶۳		۰/۵۰	۰/۸۱
۱۴		۰/۸۱		۰/۶۸	۰/۸۱
۱۵		۰/۷۵		۰/۵۹	۰/۸۲
۱۶		۰/۴۴	۰/۳۲	۰/۳۱	۰/۸۲

جدول ۲. میزان ارزش ویژه و واریانس تبیین شده برای هر عامل.

	نگرانی جسمی	تنظیم هیجان	ارزیابی منفی
ارزش ویژه	۳/۱۹	۲/۷۹	۲/۱۲
درصد واریانس	۱۹/۹۳	۱۷/۴۹	۱۳/۲۹
درصد واریانس تراکمی	۱۹/۹۳	۳۷/۴۳	۵۰/۷۲



نمودار ۱. نمودار اسکری عوامل مربوط به پرسشنامه‌ی باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

ضریب همبستگی بین هر یک از عوامل باورپذیر BAFT با نمره‌ی کل پرسشنامه، بسیار بزرگتر از همبستگی عوامل BAFT با یکدیگر است. این همبستگی‌ها گویای روایی سازه (از نوع تحلیل ثبات درونی) BAFT است. در واقع این نتایج نشان می‌دهد که این پرسشنامه، یک سازه‌ی معینی را مورد سنجش قرار می‌دهد (جدول ۳).

جدول ۳. ضریب همبستگی بین عوامل پرسش‌نامه‌ی باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی با نمره‌ی کل.

عوامل	۱	۲	۳	۴
۱. نمره کل	-			
۲. نگرانی جسمی	**۰/۸۷	-		
۳. تنظیم هیجان	**۰/۶۵	**۰/۲۹	-	
۴. ارزیابی منفی	**۰/۷۰	**۰/۳۹	**۰/۴۹	-

*P<۰/۰۵، **P<۰/۰۱.

بین BAFT و خرده مقیاس‌های آن با پرسش‌نامه‌ی آمیختگی شناختی، ارتباط مثبت معناداری وجود دارد. بین BAFT و خرده مقیاس‌های آن با اجتناب تجربی، ارتباط مثبت معناداری وجود دارد، بدین معنی که هر چه افراد افکار و احساسات خود را به میزان بیشتری باور کنند، به میزان بیشتری از تجارب درونی خود اجتناب می‌کنند. بین BAFT و خرده مقیاس‌های آن با اضطراب در تعامل اجتماعی نیز ارتباط مثبت معناداری وجود دارد، بدین معنی که هر چه میزان باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی بالاتر رود، نمرات فرد در اضطراب در تعامل اجتماعی افزایش می‌یابد. همچنین، هرچه تمایل افراد به آمیخته شدن و گرفتار شدن در نگرانی‌های با ماهیت جسمانی، تمایل به آمیختگی و گرفتار شدن در دام تقلای افراطی و کنترل کردن هیجان‌ها و ارزیابی منفی احساسات و افکار اضطرابی افزایش یابد، اضطرابشان در تعاملات اجتماعی افزایش می‌یابد. بین BAFT و خرده‌مقیاس‌های آن با پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل اضطراب اجتماعی ارتباط منفی معناداری وجود دارد، بدین معنی که با باورپذیری افکار و احساس‌های اضطرابی، پذیرش نشانه‌های اضطراب اجتماعی کاهش می‌یابد. به عبارتی دیگر، هر چه تمایل افراد به آمیختگی با نگرانی‌های جسمی، تقلای افراطی و کنترل کردن هیجان‌ها و ارزیابی منفی افزایش یابد، نشانه‌های اضطراب اجتماعی را به میزان کمتری مورد پذیرش قرار می‌دهند. بین BAFT با زندگی مبتنی بر ارزش به جز در خرده مقیاس تنظیم هیجان، ارتباطی یافت نشد. بین BAFT و خرده مقیاس‌های آن با کیفیت زندگی نیز ارتباط منفی معناداری وجود دارد. بدین معنی که با افزایش باورپذیری افکار و احساس‌های اضطرابی، کیفیت زندگی فرد نیز کاهش می‌یابد. این نتایج نشان‌دهنده‌ی روایی سازه‌ی BAFT می‌باشد (جدول ۴).

جدول ۴. ارتباط بین پرسشنامه‌ی باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی با سایر سازه‌ها.

	باور پذیری افکار و احساسات اضطرابی	نگرانی جسمی	تنظیم هیجان	ارزیابی منفی
پرسشنامه آمیختگی شناختی	**۰/۴۷	**۰/۴۷	**۰/۱۹	**۰/۴۴
اجتناب تجربی	**۰/۳۹	**۰/۳۶	**۰/۱۴	**۰/۴۲
پذیرش و عمل اضطراب اجتماعی	**-۰/۴۹	**-۰/۵۰	**-۰/۱۹	**-۰/۴۷
اضطراب در تعامل اجتماعی	**۰/۲۶	**۰/۲۸	-۰/۰۰۶	**۰/۳۳
زندگی مبتنی بر ارزش	۰/۰۷	۰/۰۰۹	**۰/۱۴	۰/۰۳
کیفیت زندگی	**-۰/۲۵	**-۰/۲۷	۰/۰۰۱	**-۰/۳۱

*P<۰/۰۵، **P<۰/۰۱.

برای بررسی اعتبار BAFT، از دو روش همسانی درونی و اعتبار بازآزمایی استفاده شد که نتایج نشان داد ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه، عامل نگرانی جسمی، عامل تنظیم هیجان و عامل ارزیابی منفی به ترتیب برابر با ۰/۸۲، ۰/۷۹، ۰/۷۰ و ۰/۶۴ بود که نشان‌دهنده‌ی ضریب همسانی بالای این پرسشنامه است. همچنین نتایج آلفای کرونباخ بعد از حذف هر سؤال در جدول شماره ۱ نیز نشان می‌دهد که اگر هر یک از سؤالات پرسشنامه حذف شود، باز هم پرسشنامه، آلفای بالایی دارد. برای تعیین ضریب بازآزمایی نیز این پرسش‌نامه بعد از چهار هفته به ۳۰ نفر از دانشجویان که در مرحله‌ی اول شرکت داشتند داده شد که نتایج بازآزمایی کل پرسشنامه، عامل نگرانی جسمی، عامل تنظیم هیجان و

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

عامل ارزیابی منفی برابر با ۰/۸۱، ۰/۶۹، ۰/۵۴ و ۰/۷۴ بود.

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی روایی و اعتبار BAFT بود. این پرسشنامه با هدف سنجش باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی ساخته شده است. نتایج تحلیل عامل نشان داد که تعداد ۱۶ سؤال پرسشنامه بر سه عامل بارگذاری می‌شود. عامل اول نگرانی جسمی، عامل دوم تنظیم هیجان و عامل سوم ارزیابی منفی نام گرفت. نتایج سه عامل باورپذیری افکار و احساسات بدنی، همسو با یافته‌های هرزبرگ و همکاران است (۴). ذکر این نکته حایز اهمیت است بعضی از سؤال‌هایی که روی این عوامل بارگذاری شدند، تا حدودی متفاوت از سازندگان مقیاس است. بدین معنی که در این پژوهش سؤال‌های ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲، بر عامل نگرانی جسمی بارگذاری شدند، درحالی‌که در پژوهش اصلی، سؤال‌های ۵، ۶ و ۷ جزو عامل ارزیابی منفی در نظر گرفته شدند. البته در پژوهش حاضر سؤال‌های ۵ و ۶ روی عامل ارزیابی منفی نیز بار عاملی داشتند، اما با توجه به این‌که این سؤال‌ها، بار عاملی بالاتری روی عامل نگرانی جسمی داشتند، جزو این عامل در نظر گرفته شدند. در این پژوهش، سؤال‌های ۱۳ تا ۱۶ جزو عامل تنظیم هیجان در نظر گرفته شدند، درحالی‌که در پژوهش سازندگان مقیاس، علاوه بر این سؤال‌ها، سؤال شماره‌ی ۴ نیز جزو عامل تنظیم هیجان در نظر گرفته شد. همچنین در این پژوهش، سؤال‌های ۱ تا ۴، روی عامل ارزیابی منفی بار عاملی داشتند، در حالی که در پژوهش هرزبرگ و همکاران (۴) سؤال شماره‌ی ۴، روی عامل تنظیم هیجان و سؤال‌های شماره‌ی ۵، ۶ و ۷، روی عامل ارزیابی منفی در نظر گرفته شدند. یافته‌های این پژوهش تا حدودی ناهمسو با پژوهش رویز، اودریوزولا و سوارز فالکون (۲۳) است که دو عامل ارزیابی منفی و تنظیم هیجان را به‌دست آوردند. عامل اول شامل ۱۲ سؤال که همه‌ی سؤال‌های عامل نگرانی بدنی و عامل ارزیابی منفی و یک سؤال از عامل تنظیم هیجان را شامل می‌شود. عامل دوم به طور معنادارتری کوچکتر بود و شامل ۴ سؤال (۱۶،۱۵،۱۴،۴) عامل تنظیم هیجان بود. این پژوهشگران سؤال‌های مربوط به عامل نگرانی جسمی را جزو عامل نگرانی منفی در نظر گرفتند. به طور کلی، یافته‌های تحلیل عامل با سازندگان مقیاس که سه عامل را ذکر کرده‌اند، همسویی بیشتری دارد، هر چند که برخی از سؤال‌ها در نسخه‌ی فارسی، روی عامل متفاوت از آنچه سازندگان مقیاس ذکر کرده‌اند، بارگذاری می‌شود.

نتایج تحلیل ثبات درونی، شواهدی مبنی بر وجود روایی سازه‌ی BAFT فراهم نمود. نتایج روایی همگرای پرسشنامه‌ی باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی نشان داد که بین این پرسشنامه با پرسشنامه‌ی آمیختگی شناختی، ارتباط مثبت معناداری وجود دارد. یکی از محدودیت‌های عمده‌ی پژوهش هرزبرگ و همکاران (۴)، عدم مقایسه‌ی BAFT با سایر پرسشنامه‌های باورپذیری یا آمیختگی‌شناختی بود که پژوهش حاضر این محدودیت را برطرف می‌کند. ارتباط متوسط بین BAFT با پرسشنامه‌ی آمیختگی شناختی نشان می‌دهد که این دو سازه می‌توانند یک سازه را که همان آمیختگی شناختی است، بسنجند. هر چند که BAFT، امتزاج شناختی را در بافت اختلالات اضطرابی مورد سنجش قرار می‌دهد و پرسشنامه‌ی آمیختگی شناختی با هدف سنجش آمیختگی شناختی به صورت کلی ساخته شده است. ضمناً، تعریف آمیختگی شناختی در این دو پرسشنامه متفاوت است به طوری که گیلندرز و همکاران (۲۲) فقط جنبه‌ی قراردادی و باورپذیری افکار را آمیختگی نمی‌دانند و تعریف آنها گسترده‌تر است. نتایج روایی BAFT نشان داد که بین این پرسشنامه با مقیاس اجتناب تجربی و اضطراب در تعامل اجتماعی ارتباط مثبت معنادار و با پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل اضطراب اجتماعی و کیفیت زندگی نیز ارتباط منفی معناداری وجود دارد. این یافته همسو با یافته‌های هرزبرگ و همکاران (۴) و رویز و همکاران (۲۳) است که ارتباط مثبتی بین BAFT با مقیاس پذیرش و عمل، اضطراب حالت- صفت اسپیلبرگر، مقیاس اضطراب بک و ارتباط منفی با کیفیت زندگی نشان دادند. هر چند که در پژوهش حاضر با هدف سنجش باورپذیری افکار و احساسات اضطرابی در بافت اختلال اضطراب اجتماعی، از پرسشنامه‌های متفاوتی استفاده شده است؛ بدین معنی که در این پژوهش در مقایسه با پژوهش‌های قبلی، از پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل اضطراب اجتماعی و پرسشنامه‌ی اضطراب در تعامل اجتماعی استفاده شد که نتایج نشان داد بین BAFT با پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل اضطراب اجتماعی، ارتباط منفی معنادار و با پرسشنامه‌ی اضطراب در تعامل اجتماعی، ارتباط مثبت معنادار وجود دارد. یکی دیگر از نتایج مهم پژوهش حاضر، ارتباط معنادار بیشتر BAFT با پرسشنامه‌ی آمیختگی شناختی در مقایسه با مقیاس اجتناب تجربی بود. هر چند که ارتباط بین BAFT با پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل اضطراب اجتماعی، این مسأله را مورد تردید قرار می‌دهد. با توجه به این که پرسشنامه‌ی اضطراب و عمل اضطراب اجتماعی با هدف سنجش‌پذیرش

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

نشانه‌های اضطراب اجتماعی ساخته شده است و BAFT در بافت اختلالات اضطرابی می‌باشد، ارتباط بالای این دو پرسشنامه، قابل تبیین است. همچنین این یافته شاید به همپوشی سازه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مربوط باشد. یکی دیگر از یافته‌های این پژوهش عدم ارتباط بین BAFT و خرده مقیاس‌های آن (به استثنای تنظیم هیجان) با زندگی مبتنی بر ارزش است. این گونه فرض می‌شود که هر چه افراد کمتر در افکار و احساسات اضطرابی خود آمیخته شوند، بیشتر می‌توانند در جهت ارزش‌ها حرکت کنند و رفتارهایی انجام دهند که در راستای ارزش‌ها است. تنها خرده‌مقیاس تنظیم هیجان، چنین یافته‌ای را تأیید کرد. این عدم ارتباط شاید به نمونه‌ی پژوهش و ابزار مورد استفاده مربوط باشد. تحقیقات آتی می‌توانند چنین مسأله‌ای را در افراد دارای اختلالات اضطرابی، مورد بررسی قرار دهند. نتایج سنجش اعتبار BAFT نیز نشان داد که این مقیاس از اعتبار مناسبی برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۸۲ به‌دست آمد. همسانی درونی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ در پژوهش اصلی برابر با ۰/۹۱ و در پژوهش رویز و همکاران (۲۳)، آلفای کرونباخ برابر در سه مطالعه از ۰/۸۸ تا ۰/۹۳ بود که نشانگر اعتبار بالای این پرسش‌نامه می‌باشد. به‌علاوه، نتایج اعتبار بازآزمایی (۰/۸۱) نیز بیانگر اعتبار بالای این پرسشنامه بود. یکی از محدودیت‌های پژوهش هرزبرگ و همکاران (۴)، عدم سنجش اعتبار بازآزمایی در جمعیت دانشجویی سالم بود که در این پژوهش این محدودیت با وجود حجم نمونه‌ی اندک (۳۰ نفر) مورد توجه قرار گرفت. در نهایت می‌توان گفت که BAFT از روایی و اعتبار مناسبی در جمعیت دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برخوردار است و می‌توان از این پرسشنامه به عنوان ابزاری معتبر در پژوهش و درمان استفاده کرد. پژوهش حاضر روی یک نمونه‌ی دانشجویی در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شده است و در تعمیم نتایج آن باید با احتیاط عمل کرد. تحقیقات آتی می‌توانند به بررسی روایی و اعتبار این پرسشنامه در انواع اختلالات اضطرابی مانند اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب تعمیم یافته و اختلال وحشت‌زدگی بپردازند.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم پژوهشی دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به خاطر حمایت مالی این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که در این پژوهش شرکت کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

REFERENCES

1. Hayes SC, Masuda A, De Mey H. Acceptance and commitment therapy and the third wave of behavior therapy. Gedragstherapie (Dutch Journal of Behavior Therapy) 2003; 2:69–96.

2. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: The Guilford Press; 1999.

3. Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies. In: O'Donohue W, Fisher JE, editors. Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice. 2nd ed. Hoboken NJ: Wiley; 2008. p. 263–65.

4. Herzberg KN, Sheppard SC, Forsyth JP, Credé M, Earleywine M, Eifert GH. The Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire (BAFT): A psychometric evaluation of cognitive fusion in a nonclinical and highly anxious community sample. Psychol Assess 2012;24(4):877–91

5-Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2011.

6. Strosahl K, Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV. An ACT primer: Core therapy processes, intervention strategies, and therapist competencies. In: Hayes SC, Strosahl K, editors. A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy. New York: Springer; 2004. p. 31–58.

7. Ciarrochi J, Bilich L, Godsel C. Psychological flexibility as a mechanism of change in acceptance and commitment therapy. In: Ruth Baer's (editor). Assessing mindfulness and acceptance: Illuminating the processes of change. Oakland: New Harbinger Publications, Inc; 2010. p. 51–76.

8. Zettle RD, Hayes SC. Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. Anal Verbal Behav1986;4:30–8.

9. Zettle RD, Rains JC. Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. J Clin Psychol 1989;45: 438–45.

10. Gaudiano BA, Herbert J D. Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy: Pilot results. Behav Res Ther 2006;44(3):415–37.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]

11. Juarascio AS. Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: An initial test of efficacy and mediation (Dissertation). Drexel University Dissertation, USA; 2011.

12. Twohig MP, Shoenberger D, Hayes SC. A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for marijuana dependence in adults. J Appl Behav Anal 2007;40(4):619–32.

13. Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for treatment-resistant posttraumatic stress disorder: A case study. Cogn Behav Pract 2009;16:243–52.

14. Twohig MP. The application of acceptance and commitment therapy to obsessive– compulsive disorder. Cogn Behav Pract 2009;16:18–28.

15. Zettle RD. Acceptance and commitment therapy versus systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety. Psychol Record 2003;53:197–215.

16. Dalrymple KL, Herbert JD. Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. Behav Modif 2007;31:543–68.

17. Eifert GH, Forsyth JP. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and value-based behavior change strategies. Oakland, CA: New Harbinger; 2005.

18. Eifert GH, Forsyth JP, Arch J, Espejo E, Keller M, Langer D. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. Cogn Behav Pract 2009;16:368–85.

19. Hollon SD, Kendall PC. Cognitive self statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. Cogn Ther Res 1980;4:383–95.

20. Greco LA, Lambert W, Baer RA. Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. Psychol Assess 2008;20(2):93–102

21. Forman EM, Herbert JD, Juarascio AS, Yeomans PD, Zebell JA, Elizabeth M, *et al*. The Drexel defusion scale: A new measure of experiential distancing. J Context Behav Sci 2012;1:55–65.

22. Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Campbell L, *et al* . The Development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. Behav Ther 2014;45(1):83–101.

23. Ruiz FJ, Odriozola-González P, Suárez-Falcón JC. The Spanish version of the Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire. Psicothema 2014;26(3):308–13.

24. Swain J, Hancock K, Hainsworth C, Bowman J. Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: a systematic review. Clin Psychol Rev 2013;33(8):965–78.

25. Hooman H. Multivariate data analysis in scientific research. Tehran: Peyk-e-Farhang; 1384. (Text in Persian)

26. Brace N, Kemp R, Snelgar R. SPSS for Psychologist. 3rd ed. Aliabadi KH, Samadi SA, (Translators). Tehran: Dovran Publication; 2009. (Text in Persian)

27. Soltani E. Effectiveness of acceptance commitment therapy on severity of symptom and quality of life in persons with generalized social anxiety disorders and determine its treatment mediators. Unpublished Doctoral Dissertation. Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Text in Persian)

28. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, *et al*. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behav Ther 2011; 42(4):676–88.

29. Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian Version of Acceptance and Action Questionnaire –II. J Psychol Models Method 2013;2(10):65–80. (Full Text in Persian)

30. MacKenzie MB, Kocovski NL. Self-reported acceptance of social anxiety symptoms: Development and validation of the Social Anxiety - Acceptance and Action Questionnaire. Int J Behav Consult Ther 2010; 6:214–32.

31. Heimberg RG, Mueller GP, Holt CS, Hope DA, Liebowitz MR. Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others: The social interaction anxiety scale and the social phobia scale. Behav Ther 1992;23:53–73.

32. Tavoli A, Allahyari A, Azadfallah P, Fathi Ashtiani A, Melyani M, Sahragard M. Validity and reliability of the Farsi version of Social Interaction Anxiety Scale (SIAS). Iran J Psychiatry Clin Psychol (IJPCP) 2012;18(3):227–32. (Full Text in Persian)

33. Wilson KG, Sandoz EK, Kitchens J. The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. Psychol Record 2010;60:249–72.

34. WHOQOL group. WHOQOL-brief introduction, administration and scoring, field trial version. World Health Organization, Geneva;1996.

35. Nejat SA, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad KA, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. J School Public Health Inst Public Health Res 2006;4(4):1–12. (Full Text in Persian)

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-11]